

de saupoudrer les escarres avec de l'iodoforme, de les laver s'il s'écoule du liquide, et cherchant encore à modérer le travail inflammatoire d'élimination et à calmer les douleurs, je laisserai le sphacèle se limiter de lui-même pour que, si vient un jour la nécessité d'agir, les limites de l'acte chirurgical soient tracées, et nettement tracées des mains de la nature qui aura tout fait et permis ainsi d'éviter un traumatisme nuisible.



DIX-SEPTIÈME LEÇON

Chondro-sarcome de l'omoplate. — Extirpation de l'omoplate.

Observation. Diagnostic du siège de la tumeur. — Diagnostic de la tumeur. — Diagnostic de la variété.

Indications fournies par l'état général du sujet. Discussion sur l'opportunité d'une intervention dans les tumeurs de l'omoplate.

Règle à suivre dans l'extirpation de l'omoplate.

Note sur l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Je viens de vous présenter un malade dont l'étude soulève deux problèmes également intéressants: le diagnostic du siège précis et de la nature exacte d'une volumineuse tumeur de l'épaule, et la discussion d'opportunité d'une opération grave dont ce cas paraît justiciable.

Agé de trente-quatre ans, exerçant la profession de quincaillier qui l'oblige à porter fréquemment sur l'épaule des fardeaux assez lourds, caisses, barres de

fer, etc., cet homme constata pour la première fois, il y a un an environ, une grosseur siégeant à la partie postérieure et moyenne de l'épaule gauche. A ce moment la tumeur avait déjà le volume d'un œuf, c'est vous dire qu'elle avait pris naissance depuis un certain temps qu'il ne nous est pas possible de déterminer; elle était, d'ailleurs, indolente et ne gênait pas les mouvements. Trois mois plus tard, le malade dut répondre à l'appel de la réserve de l'armée territoriale, et, après treize jours de service dans un régiment d'artillerie, il rentra chez lui très fatigué. La tumeur, jusque-là stationnaire, s'accrut dès lors très rapidement et devint le siège de vives douleurs. Ces accidents reçurent encore une nouvelle impulsion des applications irritantes et des manœuvres brutales auxquelles elle fut soumise par un rebouteur, qui, à l'aide de massages réitérés et de tractions énergiques cherchait à *remettre en place les os déplacés*.

Nous ne relevons aucune particularité dans les antécédents morbides, héréditaires ou personnels, de notre malade. Notons toutefois qu'il est alcoolique et alcoolique forcené, ce qui nous expliquera les vomissements pituiteux du matin qu'il accuse, la surcharge graisseuse du cœur et l'hypertrophie du foie que nous constatons.

La tumeur, que j'ai examinée une première fois, il y a un mois, a, dans cet intervalle, augmenté d'un bon tiers. Elle a aujourd'hui le volume d'une forte

tête d'adulte; on dirait un petit cantaloup appliqué contre la paroi thoracique au niveau de l'omoplate gauche. Jugez de ses dimensions: elle mesure 72 centimètres de circonférence, 32 centimètres dans son diamètre vertical et 16 centimètres transversalement. De forme généralement arrondie et régulière, elle offre au centre une saillie un peu plus accusée; la peau, qui la recouvre, souple et mobile, est sillonnée par trois ou quatre grosses veines qui ont le volume du petit doigt. La consistance en est variable: molle et fluctuante au centre, dans sa partie la plus proéminente, elle est à la périphérie, tantôt ferme, tantôt ramollie, tantôt dure et élastique comme du cartilage; nulle part elle ne présente ni battements, ni réductibilité. Elle fait corps avec l'omoplate dont elle suit tous les mouvements sur la cage thoracique, et dont elle efface complètement l'angle, la fosse sous-épineuse et les bords axillaire et spinal jusqu'au niveau de l'épine. La fosse sus-épineuse, l'angle supérieur et interne, l'acromion et même la cavité glénoïde ne paraissent pas atteints, si j'en juge, pour cette dernière, d'après la liberté relative des mouvements de l'articulation de l'épaule, que l'on produit sans déterminer aucun bruit anormal.

Il faut remarquer que la tumeur fait dans la fosse sous-scapulaire un relief aussi accusé qu'en arrière, puisque sa surface antérieure efface entièrement le creux axillaire et vient s'appliquer contre le grand

pectoral, qu'elle soulève manifestement. Cependant, ni l'innervation, ni la circulation du membre supérieur ne sont troublées; on ne constate, dans le voisinage, aucun engorgement ganglionnaire; la tumeur n'a donné lieu à aucun retentissement viscéral. Mais je vous rappelle que les battements du cœur sont mal frappés, qu'on ne saisit en aucun point le choc de la pointe contre la paroi thoracique, ce qui nous fait penser que la fibre musculaire cardiaque a subi la déchéance graisseuse, comme les muscles des membres qui sont flasques et mous dans leurs contractions.

Les chairs n'ont pas de résistance, la peau est pâle, les artères sont athéromateuses, le foie est gras, les reins seuls ne paraissent pas malades; il n'y a pas d'albuminurie; les urines sont normales. Au milieu de ces désordres, produits par l'alcool, l'intelligence n'émerge pas bien brillante; il n'y a pourtant d'autres troubles de l'innervation appréciables que l'insomnie et les douleurs, dont la tumeur est le siège.

De l'ensemble de ces signes, Messieurs, que devons-nous conclure? Tout d'abord qu'il s'agit d'une tumeur de l'omoplate; absolument fixée à cet os, elle en suit tous les mouvements: voilà un signe pathognomonique qui ne peut laisser aucun doute dans votre esprit.

J'ajoute que l'accroissement de la tumeur vers l'aisselle, dont le creux est effacé, le relief égal qu'elle

fait en avant et en arrière de l'os, la disparition complète de l'angle inférieur, me portent à penser que l'affection a pris naissance vers la partie inférieure du bord axillaire, là où abonde le tissu spongieux, ce terrain si éminemment favorable au développement des néoplasmes. C'est, en effet, dans le tissu aréolaire qui existe en ce point, comme aussi à l'angle inférieur, dans le voisinage de la cavité glénoïde, au niveau de l'épine, que se produisent de préférence les tumeurs de l'omoplate.

Et maintenant, Messieurs, quelle est la nature de cette tumeur? Il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur l'accroissement rapide, sur le volume considérable des veines qui la sillonnent, sur les douleurs dont elle est le siège, pour lui assigner un caractère malin. Mais elle n'a pas, me direz-vous, retenti sur les ganglions voisins; elle n'a pas déterminé de symptômes de généralisation; elle ne paraît pas avoir infecté l'économie. C'est qu'il y a, vous le savez bien, des degrés dans la malignité; et cette locution, en clinique, si elle entraîne avec elle l'idée de gravité, n'implique pas nécessairement l'idée de cancer, ou plutôt de carcinome comme l'entendent les histologistes.

La tumeur que vous venez d'examiner n'est pas un carcinome, précisément parce qu'elle est dépourvue des symptômes que vous m'objectiez tout à l'heure.

Il ne faudrait pas s'en laisser imposer par le ramol-

lissement considérable que vous avez constaté à son centre pour conclure à un encéphaloïde ramolli. Non, l'encéphaloïde ramolli est extrêmement vasculaire et il est alors habituellement pulsatile, surtout quand il est enserré dans une trame osseuse; c'est le *fungus hæmatode* de nos pères. Ici ce n'est pas seulement du ramollissement, c'est une véritable fluctuation que vous avez bien saisie; et ce symptôme vous démontre que vous avez là une collection liquide bien limitée, un kyste formé au sein d'une tumeur solide. Ce kyste rapidement développé est, à mon avis, la principale cause du volume énorme pris par le mal depuis un mois.

La présence de ce kyste, Messieurs, dont je pourrais au besoin, à l'aide d'une ponction exploratrice, vous démontrer irrécusablement l'existence, s'il restait le moindre doute dans votre esprit, cette présence dis-je, doit vous faire songer à une variété de tumeur avec laquelle on la trouve fréquemment associée, je veux parler du sarcome. Ce n'est assurément pas un sarcome à myéloplaxes qui, très rare à l'omoplate, apparaît chez les sujets plus jeunes, vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, et se caractérise aussi par sa vascularité, les battements qui l'animent et sa coloration lie-de-vin, quelquefois perceptible à travers les téguments amincis. Ce n'est pas davantage un sarcome ossifiant dont il n'a pas la consistance pierreuse qu'il doit aux aiguilles réellement osseuses ou tout au moins crétaées qui traversent sa trame.

Le sarcome fasciculé (tumeur fibro-plastique) paraît se développer avec moins de rapidité. Il est donc probable que les éléments sarcomateux prédominants dans cette tumeur sont, non des fibres ou des corps fusiformes, mais des cellules embryonnaires qui impriment surtout à ce genre de tumeurs une évolution rapide. N'oubliez pas cependant que vous avez distingué à la périphérie quelques noyaux durs et élastiques à la fois, donnant à cette portion de la tumeur un aspect mamelonné. Ces caractères appartiennent particulièrement aux enchondrômes. J'estime donc que nous avons affaire à une de ces tumeurs mixtes dont je vous ai souvent entretenus, parce qu'elles sont fréquentes, et que je caractériserai dans l'espèce en disant : *Chondro-sarcome de l'omoplate avec production kystique*.

Ce sont ces tumeurs mixtes, Messieurs, résultat de l'association du chondrome et du sarcome qui constituent les plus volumineuses tumeurs des os. C'est pour une tumeur de ce genre, développée dans le fémur, et donnant à la racine du membre l'apparence d'un sac de blé, que j'ai pratiqué la désarticulation de la cuisse chez une femme que vous avez observée dans mon service. C'était aussi un chondro-sarcome de l'omoplate, cette volumineuse tumeur dont le moule en plâtre est déposé au musée de l'Ecole, et qui avait des dimensions aussi considérables que le tronc du malade qui la portait.

En résumé, Messieurs, nous sommes en présence d'une tumeur de l'omoplate n'ayant pas franchi les limites de cet os, puisque sa mobilité sur la cage thoracique est complète et que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont conservés : malgré son évolution rapide et son volume énorme, cette tumeur n'a pas retenti sur les ganglions voisins, ce qui prouve qu'elle n'atteint pas au plus haut degré de l'échelle de la malignité, de telle sorte que, si le pronostic est sérieux, il n'implique pas nécessairement l'abstention.

Toutefois, Messieurs, je ne dois pas vous dissimuler que la gravité de l'intervention se trouve ici singulièrement accrue par les lésions que l'alcoolisme a fait naître dans les différents viscères de notre malade. L'état graisseux du cœur est particulièrement menaçant. La syncope, pendant l'administration du chloroforme, le défaut de réaction après l'acte opératoire, la détresse du cœur provoquée par le traumatisme lui-même ce qui constitue une des formes du *Shock* : voilà, Messieurs, de gros dangers à courir et qui, précisément parce qu'ils sont imminents, devraient peut-être arrêter notre main, si le malade ne voulait à tout prix être opéré.

La seule opération légitime est ici l'extirpation totale de l'omoplate. Il ne faut pas s'en laisser imposer par les limites de la tumeur qui ne paraît pas avoir franchi l'épine ; il ne faut pas, pour ce fait, cher-

cher à conserver la portion sus-épineuse de l'os ; ce serait faire une déplorable besogne en laissant dans l'avenir, une porte d'entrée à la récurrence et en augmentant, dans le présent, les chances d'insuccès. Car, remarquez-le bien, Messieurs, si vous interrogez les statistiques, elles vous répondent que les résections partielles de l'omoplate sont plus graves que l'extirpation totale.

Tandis que les premières donnent une mortalité de 19 pour 100, l'extirpation ne semble fournir que 16 pour 100 d'insuccès opératoires. Et ce qui pourra vous surprendre tout d'abord, l'hémorragie n'a jamais déterminé la mort, bien que l'omoplate soit, vous le savez, enfermé dans un triangle artériel formé par les trois artères scapulaires, qu'il semble, *à priori*, bien difficile de pouvoir éviter. Je vous indiquerai tout à l'heure comment on peut échapper à cet écueil ; mais laissez-moi vous rappeler auparavant que cette opération, qui produit de si grands délabrements, qui prive de leurs attaches la plupart des muscles du bras et de l'épaule, laisse pourtant, à sa suite, un membre supérieur dont le fonctionnement est à peine troublé.

Deux fois seulement, dans les observations connues, le bras est resté frappé d'impuissance fonctionnelle ; encore faut-il dire que, dans ces deux cas, la main et l'avant-bras, dont les mouvements ne sont jamais compromis, rendaient aux malades les plus importants services. Chez tous les autres opérés, le bras

lui-même avait récupéré la plus grande partie de ses mouvements.

L'extirpation totale de l'omoplate est donc une excellente opération; comment faut-il y procéder? ou plutôt comment procéderons-nous chez notre malade? Car la forme, la direction, l'étendue des incisions extérieures doivent varier selon les conditions particulières qui motivent l'intervention. Je repousse ici, bien entendu, la méthode sous-périostée qui, nettement indiquée dans les affections inflammatoires, devient dangereuse dans ses conséquences éloignées lorsqu'on l'applique à l'ablation des tumeurs osseuses.

Il n'en est pas moins vrai que, si on ne conserve pas le périoste, il faut toujours raser l'os d'aussi près que possible, afin de ne léser que les plus petits vaisseaux et de ménager les attaches aponévrotiques communes des muscles contigus. Les incisions doivent, en outre, être faites de manière à faciliter l'ouverture de la capsule articulaire et la section, en dedans des attaches des ligaments coraco-claviculaires, de l'extrémité externe de la clavicule, qu'à mon avis on a tout intérêt à sacrifier. Outre qu'on évite ainsi, dans la suite, une saillie fort disgracieuse, on facilite et on abrège le manuel opératoire, au simple prix des insertions de quelques fibres deltoïdiennes dont la destruction d'ailleurs ne semble pas influencer notablement le retour des fonctions du bras.

Il est remarquable, en effet, que dans les deux seuls cas, auxquels je faisais allusion tout à l'heure, et où le bras était resté frappé d'impuissance, les attaches de ces faisceaux musculaires avaient été respectées, l'extrémité acromiale de la clavicule avait été conservée.

Je pratiquerai donc une première incision horizontale, qui, partant du sommet de l'acromion, ira se terminer au bord spinal, en suivant exactement l'épine de l'omoplate. Du tiers interne de cette incision, j'en ferai partir une deuxième à peu près verticale qui descendra jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur, c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'angle inférieur. Ces incisions pénétreront jusqu'à l'enveloppe celluleuse de la masse morbide, afin de conserver les muscles qui la recouvrent ou qui la côtoient. C'est ainsi que la dissection des lambeaux me permettra d'arriver tout d'abord sur le bord spinal et de sectionner les attaches de l'angulaire en haut et plus bas celles du rhomboïde et du grand dentelé en même temps que le faisceau du grand dorsal qui se porte à l'angle inférieur. En serrant de près le bord de l'os, j'éviterai l'artère scapulaire postérieure qui en est distante de deux ou trois millimètres. Remontant alors à la partie supérieure je sectionnerai ras de l'épine les attaches du deltoïde et du trapèze, je détacherai de sa fosse le muscle sus-épineux en ménageant au niveau de l'échancrure ou plutôt du trou

coracoïdien, le nerf et l'artère sus-scapulaires, je découvrirai et j'isolerais l'extrémité acromiale de la clavicule, que je sectionnerai à l'aide d'une scie à chaîne en dedans des ligaments qui l'unissent à l'apophyse coracoïde. L'omoplate et la tumeur saisies à pleines mains seront soulevées et isolées par la dissection de leurs connexions thoraciques jusqu'au niveau du bord axillaire où je couperai de bas en haut l'insertion du grand rond, du petit rond et du sous-scapulaire, arrivant ainsi à petits coups jusqu'au tendon du triceps que je diviserai à son tour. Dans cette dissection du bord axillaire, il faut plus que jamais raser l'os afin de ne pas atteindre la scapulaire inférieure, la plus grosse des trois artères qui entourent l'omoplate.

Il sera facile alors d'attaquer la capsule de l'articulation scapulo-humérale en bas et en arrière d'abord, puis de la détacher du pourtour de la cavité glénoïde, en imprimant à l'omoplate des mouvements variés de torsion. La longue portion du biceps sera coupée à la partie supérieure de la cavité glénoïde et enfin l'apophyse coracoïde sera isolée des muscles qui s'y insèrent. Dans ce dernier temps de l'opération, de même que dans la dissection de la portion antéro-inférieure de la capsule articulaire, il faudra redoubler de précautions afin de ne pas léser le paquet vasculo-nerveux qui s'y trouve accolé.

Un large drainage, un double plan de sutures

profondes et superficielles et un pansement antiseptique compléteront l'opération.

L'opération a été exécutée le 5 mars 1885, comme elle avait été réglée à l'avance; elle a duré vingt-huit minutes; l'hémorragie a été insignifiante, grâce à l'emploi des pinces à forcipressures appliquées sur les grosses veines de la tumeur.

Une seule ligature a du être jetée sur l'artère scapulaire inférieure. Pendant l'opération le malade a éprouvé une syncope qui a failli devenir fatale, il en est revenu sous l'influence de la flagellation, de l'électricité et de la déclivité exagérée de la tête. Mais la prostration est très grande, le pouls est filiforme. Dans l'après-midi il semble se relever un instant pour retomber dans la nuit et s'accompagner vers le matin de refroidissement progressif des extrémités et d'une teinte cyanique générale. La mort arrive trente-six heures après l'opération.

L'autopsie n'a pu malheureusement être faite, parce que la famille a réclamé le cadavre, pour l'emporter dans un département voisin; mais on a pu constater que la plaie était en bon état, et les accidents qui ont amené la mort, semblent bien se rapporter à une dépression du système nerveux et à une inertie de la fibre musculaire cardiaque.

La tumeur enlevée pesait 5 kil. 300 grammes. Sa partie la plus saillante était formée par une vaste cavité kystique dont le contenu liquide, jaune un peu visqueux, peut être évalué à 5 ou 600 grammes, à ajouter au poids précédent. Le kyste ayant été ouvert pendant la dissection, cette évaluation n'est qu'approximative; l'analyse chimique n'a pu être faite. La tumeur s'était bien développée sur le bord axillaire de l'omoplate et avait enveloppé les faces antérieures et postérieures de l'os sans les détruire; la fosse sus-épineuse et la cavité glénoïde étaient saines.

La consistance générale de la masse était ferme; elle était séparée par des travées fibreuses en une infinité d'îlots de dimensions variées, et présentant les uns une teinte rosée ou grisâtre, les autres, une couleur nacréée, avec une résistance telle que le tissu se laissait difficilement diviser et criait sous le scalpel. L'examen histologique de la pièce a démontré, en confirmant le diagnostic clinique, qu'il s'agissait bien d'un chondro-sarcome.

